

## Carcinoma Escamoso de Cérvix en una Paciente de 21 Años: Reporte de Caso

**Robert Fernando Vergara Cárcamo<sup>1</sup>**

[drvergaracarcamorobert@hotmail.com](mailto:drvergaracarcamorobert@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0000-2845-6235>

Universidad de Cartagena  
Cartagena – Colombia

**Sebastián Vergara Ealo**

[sebasve\\_9430@hotmail.com](mailto:sebasve_9430@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-3330-2932>

Universidad Libre  
Barranquilla -Colombia

**Claudia Patricia Salas - Navarro**

[clasana\\_95@hotmail.com](mailto:clasana_95@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-5632-7681>

Universidad Metropolitana  
Barranquilla – Colombia

**Camilo Duque - Uribe**

[camiloduque0315@gmail.com](mailto:camiloduque0315@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-3243-0852>

Universidad CES  
Medellín - Colombia

**Jennifer Salas – Navarro**

[Jensalas99@gmail.com](mailto:Jensalas99@gmail.com)

<https://orcid.org/0009-0004-1777-6697>

Universidad Metropolitana  
Barranquilla – Colombia

### RESUMEN

**Introducción:** La guía de práctica clínica del ministerio de salud de Colombia, para la detección y manejo de lesiones precancerosas del cuello uterino, recomienda iniciar tamizaje para la prevención del cáncer de cérvix a partir de los 25 años. **Métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 21 años, quien acudió al servicio de urgencias por cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal asociado a sangrado vaginal. Mediante ecografía pélvica transvaginal se visualizó pólipo cervical, por lo que la paciente fue sometida a legrado. **Resultados:** La lesión fue extraída y enviada para análisis anatomopatológico y caracterización inmunohistoquímica. El resultado de patología concluyó que paciente cursaba con carcinoma escamoso del cérvix. **Conclusión:** No hay evidencia que indique que es acertado disminuir la edad para el inicio del cribado, a pesar de que, en ocasiones, se producen neoplasias en mujeres menores de 25 años. La forma más eficaz de disminuir la incidencia de lesiones malignas cervicales es utilizando una estrategia conjunta basada en tamizaje y vacunación contra el virus del papiloma humano.

**Palabras clave:** neoplasias cervicouterinas; enfermedades del cuello uterino; virus del papiloma humano

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [sebasve\\_9430@hotmail.com](mailto:sebasve_9430@hotmail.com)

# **Squamous cell carcinoma of the cervix in a 21-year-old patient: case report**

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The clinical practice guideline of the Ministry of Health from Colombia, for the detection and management of precancerous lesions of the cervix, recommends starting screening for prevention of cervical cancer from the age of 25. **Methods:** We present the case of a 21-year-old patient, who went to the emergency department for a clinical condition characterized by abdominal pain associated with vaginal bleeding. Through transvaginal pelvic ultrasound, a cervical polyp was seen, so the patient underwent to curettage. **Results:** The lesion was extracted and sent for pathological analysis and immunohistochemical characterization. Pathology's report concluded that the patient had a squamous cervix carcinoma. **Conclusion:** There is no evidence to indicate that it is wise to reduce the age of onset of screening, even though sometimes neoplasms occur in women under 25 years old. The most effective way to reduce the incidence of cervical lesions is by using a joint strategy based on screening and vaccination against human papillomavirus.

**Keywords:** uterine cervical neoplasms; uterine cervical diseases; human papillomavirus

*Artículo recibido 20 septiembre 2023  
Aceptado para publicación: 28 octubre 2023*

## INTRODUCCIÓN

Mundialmente, el cáncer de cérvix es la cuarta neoplasia más frecuente en mujeres. Presenta mayor incidencia en mujeres mayores de 30 años y rara vez se desarrolla en menores de 25 años. En general, se reporta una mayor incidencia en los países en vía de desarrollo, los cuales contribuyen con más del 85% de los casos diagnosticados cada año (1,2). Con respecto a Colombia, actualmente, es la segunda enfermedad neoplásica más frecuente y se ubica entre las primeras diez causas de muerte de origen tumoral (3). El tipo histológico predominante es el carcinoma escamo celular, seguido por el adenocarcinoma.

El principal agente implicado en la fisiopatología de la enfermedad es el virus del papiloma humano (VPH), con predominio de sus cepas 16 y 18, consideradas de alto riesgo por sus características oncogénicas (4). En las células escamosas del cérvix se produce la replicación viral y suele haber una lenta progresión desde la aparición de lesiones precursoras hasta el desarrollo de cáncer, con una latencia de hasta 20 años (5). Afortunadamente, la mayoría de las infecciones por VPH son transitorias, y autolimitadas, y existe una vacuna contra los serotipos de alto riesgo, incluida en el programa ampliado de inmunización (PAI) (6-7).

Con respecto a las manifestaciones clínicas del carcinoma escamoso del cérvix, en etapas tempranas las pacientes suelen estar asintomáticas. Los síntomas más comúnmente referidos, cuando están presentes, son: sangrado vaginal, sangrado postcoital, dolor pélvico y dispareunia. En la mayoría de las mujeres afectadas la exploración física es normal y el cuello uterino puede ser de aspecto sano en estadios iniciales. La enfermedad visible a simple vista exhibe una apariencia variable pues las lesiones pueden ser de característica exofítica o endofítica, alterar la forma del cuello uterino, o crecer como masas polipoides (8).

La guía de práctica clínica del ministerio de salud de Colombia, para la detección y manejo de lesiones precancerosas del cuello uterino, recomienda iniciar tamizaje para la prevención del cáncer de cérvix a partir de los 25 años (3). Mientras que, en la guía de la organización mundial de la salud, para tamizaje y tratamiento de la misma patología, se recomienda iniciar las pruebas tamiz a partir de los 30 años. Esta última estrategia se justifica con base en el bajo número de mujeres menores de 30 años con

neoplasias cervicouterinas, y añaden que, la mayoría de las lesiones intracervicales, en este grupo etario, sufren regresión espontánea antes de dos años (9).

### **Caso clínico**

Se presenta el caso de una paciente de 21 años quien acudió al servicio de urgencias por cuadro clínico de un día de evolución caracterizado por dolor abdominal en hipogastrio asociado a sangrado vaginal. Fue valorada, inicialmente, por médico general. No tenía antecedentes patológicos, ni había antecedentes de cáncer en sus familiares de primer y segundo grado. Refirió gestación en el 2018, con embarazo finalizado por cesárea electiva. Tuvo dos parejas sexuales previas e inició su vida sexual a los 16 años. Sus ciclos menstruales eran de 30 días, con promedio de 4 días de sangrado escaso. Paciente comentó acerca del uso de implante anticonceptivo subdérmico por 1 año y, luego de ello, anticonceptivos orales combinados. Paciente se realizó citología cervical, dos meses antes del inicio del cuadro clínico, con reporte sin hallazgos patológicos, negativo para malignidad, y sin lesiones en el cérvix. Así mismo, manifestó aplicarse vacuna contra el VPH con esquema completado a los 12 años. Al realizar revisión por sistemas paciente destacó que desde hace aproximadamente 3 años había acudido a consultas con médico general, en varias ocasiones, por sangrado vaginal intermenstrual escaso. Explicó que dicho sangrado no se presentaba todos los meses y que tenía una duración promedio de uno o dos días. Negó dolor u otros síntomas asociados al mismo. Comentó que pensó que el sangrado se debía a efectos secundarios del anticonceptivo subdérmico el cual se retiró sin posterior desaparición completa del síntoma.

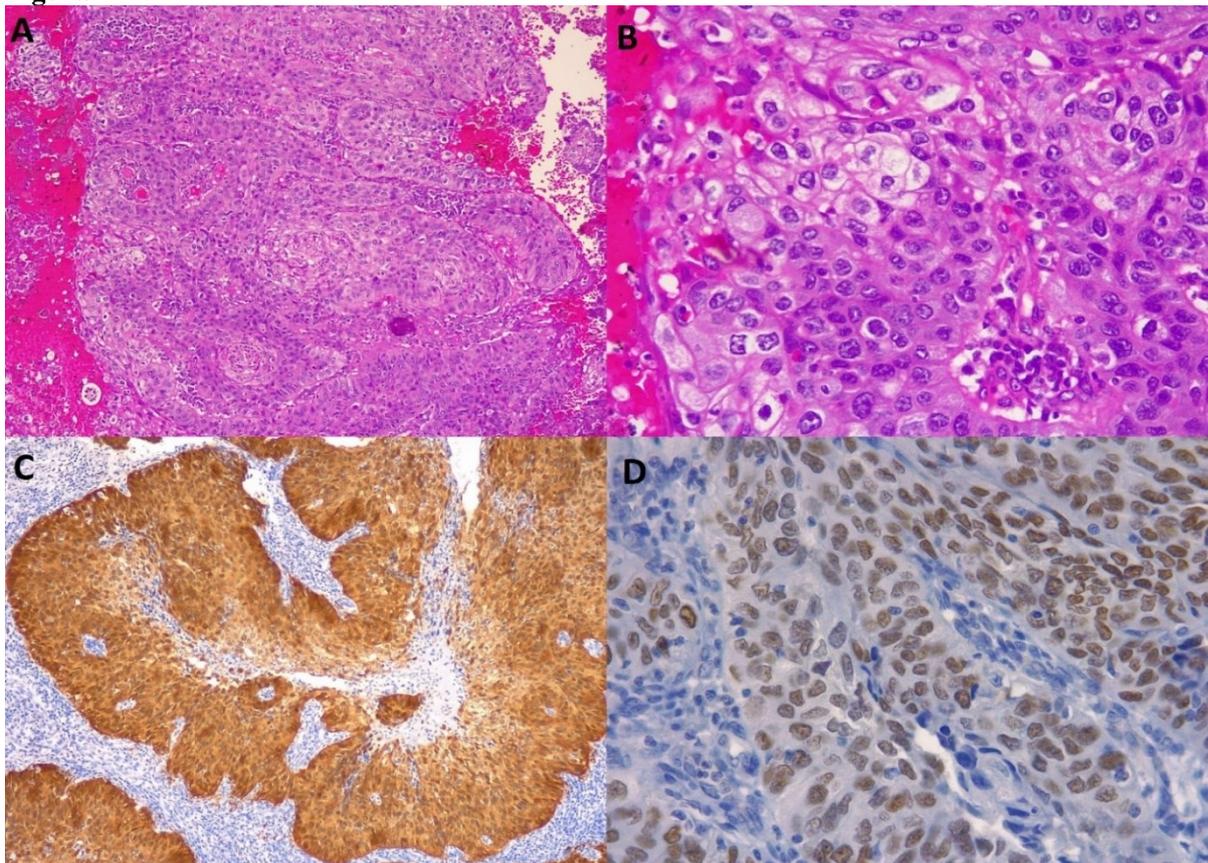
A la exploración física había frecuencia cardiaca de 78 latidos por minuto, presión arterial de 120/70 mmHg, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto y temperatura de 37 grados Celsius. La paciente se encontraba hidratada, con conjuntivas y mucosas normocrómicas. El tórax era simétrico y los ruidos cardiacos eran rítmicos, y sin soplos. A nivel respiratorio no hubo presencia de agregados pulmonares. Las mamas estaban normoconfiguradas para su edad y sin presencia de masas. En abdomen resaltaba dolor a la palpación en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Sus genitales externos tenían una apariencia normal. Se realizó tacto vaginal y se encontró sangrado activo escaso y oscuro. Había lesión palpable en cérvix de consistencia dura al tacto y que ocupaba todo el orificio cervical.

Finalmente, se solicitó interconsulta por especialista en ginecología quien realizó abordaje y manejo subsiguiente.

### **Ayudas diagnósticas**

Mediante ecografía pélvica transvaginal se visualizó pólipo cervical, por lo que la paciente fue sometida a legrado. La lesión fue extraída y enviada para análisis anatomopatológico e inmunohistoquímica. Paciente presentó mejoría sintomática y fue dada de alta. El resultado de patología concluyó que paciente cursaba con carcinoma escamoso del cérvix moderadamente diferenciado, e infiltrante (**Figura 1A-1B**). Inmunohistoquímica fue positiva para p16 y p40 (**Figura 1C-1D**). Posteriormente, se realizó tomografía de abdomen y pelvis, contrastada, en la que se observó engrosamiento de la región del cérvix uterino, asociado a estriación dirigida hacia el parametrio del lado izquierdo. La lesión cervical midió aproximadamente 40 milímetros y se extendía hasta el tercio superior de la vagina (**figura 2**). Era de destacar, además, la presencia de adenopatía de 13 milímetros en cadena ganglionar iliaca izquierda.

**Figura 1**



**A-B.** lesión maligna con células grandes de citoplasma eosinofílico y núcleos pleomórficos. Células malignas forman nidos y se infiltran en el estroma. Hay presencia de material hemorrágico y fibrinoide. **C.** p16 positivo. **D.** p40 positivo.

**Figura 2:** tomografía contrastada de abdomen, y pelvis, en la que se observa engrosamiento del cérvix por lesión nodular que llega hasta el tercio superior de la vagina.



Posteriormente, paciente fue manejada, de forma extrainstitucional, por ginecólogo oncólogo quien, ante los hallazgos clínicos y los resultados de los paraclínicos, diagnosticó cáncer de cérvix estadio IB2 (de acuerdo con clasificación TNM). Paciente fue sometida a histerectomía radical, salpinguectomía bilateral total y linfadenectomía radical pélvica y para-aórtica. Recepción de informe anatomopatológico posquirúrgico permitió estadificación final en IB3, pues lesión infiltraba el cérvix alcanzando los 16 milímetros de profundidad. Por ello se decidió, adicionalmente, realizar 25 sesiones de radioterapia, concomitantes con quimioterapia. Tras finalizar el tratamiento se presentó adecuada evolución y no hubo complicaciones.

## **DISCUSIÓN**

La evidencia científica demuestra, de forma inequívoca, que el cáncer de cuello uterino es una enfermedad derivada de la interacción entre las células del cérvix y el virus del papiloma humano. Es de destacar que no es raro, en nuestro medio, que mujeres menores de 25 años se encuentren infectadas con serotipos del VPH. Es bien sabido que, en las mujeres con un sistema inmunitario normal, y con presencia de lesiones precursoras en el epitelio cervical, el cáncer de cuello uterino tarda en aparecer varios años (10). En la práctica esto resulta evidente por el hecho de que el promedio de la edad de las pacientes diagnosticadas con carcinomas cervicouterinos es de 50 años (2).

Dado que puede aparecer cáncer cervicouterino en mujeres con edad menor a la recomendada para tamizar, podrían generarse dudas acerca de la edad apropiada para iniciar el tamizaje. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la mayoría de las lesiones del cuello uterino secundarias al VPH, en pacientes de este grupo etario, sufren regresión espontánea. No hay evidencia que indique que es acertado disminuir la edad para el inicio del cribado, a pesar de que, en ocasiones, se producen neoplasias en mujeres menores de 25 años. Cribar a partir de una menor edad, además, genera gran cantidad de resultados falsos positivos, intervenciones innecesarias y aumenta los costos asociados a la atención médica (11, 12, 13, 14).

La existencia de la relación causal entre el virus del papiloma humano y la aparición de lesiones malignas y hace que la vacunación contra el VPH sea un método acertado para la prevención primaria del cáncer de cérvix (15), pues está probada la efectividad de las vacunas para evitar la infección persistente por cepas de alto riesgo, como la 16 y la 18, y es significativa su capacidad para disminuir la incidencia de cambios precursores asociados al desarrollo de neoplasias cervicales. Es por esto por lo que la implementación de un adecuado, y oportuno, esquema vacunal contra el virus del papiloma humano es una estrategia de fundamental importancia si se desean disminuir las tasas de cáncer cervicouterino en el futuro (16).

## **CONCLUSIONES**

Las neoplasias cervicouterinas a temprana edad constituyen un reto diagnóstico, dado que este tipo de cánceres se presentan con poca frecuencia en mujeres jóvenes. Por ello, es indispensable un alto índice de sospecha para hacer una identificación precoz y evitar complicaciones. Es importante tener en cuenta que las manifestaciones clínicas en etapas tempranas de la vida no difieren con respecto a las comúnmente observadas en mujeres mayores, como se evidenció en el caso expuesto.

Se requiere de la presencia del virus del papiloma humano en el cérvix para el desarrollo de cambios neoplásicos. Esta condición hace menos susceptibles de enfermar a las mujeres jóvenes pues en ellas el virus suele sufrir regresión espontánea.

La aparición de cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años es poco común y es por ello por lo que su cribaje se inicia desde los 25 años. La evidencia científica apoya la estrategia del tamizaje, partiendo de esta edad, como mecanismo más costo efectivo para la detección temprana del cáncer de

cuello uterino, y es indudable el beneficio de la citología para detectar las lesiones precursoras propias de esta neoplasia. Actualmente, la forma más eficaz de disminuir la incidencia de lesiones malignas cervicales es emplear una estrategia conjunta basada en tamizaje, a partir de los 25 años, y vacunación contra el virus del papiloma humano (3; 11-14).

**Conflictos de interés:** los autores declaran no tener conflictos de interés.

**Fuentes de financiación:** los autores declaran no haber recibido financiación.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49.

SEER cancer statistics review, 1975-2016 [Internet]. SEER. [cited 2023 Feb 11]. Available from: [https://seer.cancer.gov/csr/1975\\_2016/](https://seer.cancer.gov/csr/1975_2016/)

Guía de práctica clínica (GPC) para la detección y manejo de lesiones precancerosas de cuello uterino. 2014.

Bosch FX, De Sanjose S. Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer-burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2003;3:3–13.

Abbas Y JC, Aster V. Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. Vol. 2021. La Villa y Corte de Madrid, España: Elsevier España.

Sharafadeen K. Human papillomavirus and cervical cancer. *J Obstet Gynaecol.* 2020;40(5):602–8.

Vorstors A, Bosch FX, Bonanni P, Franco EL, Baay M, Simas C, et al. Prevention and control of HPV infection and HPV-related cancers in Colombia- a meeting report. *BMC Proc.* 2020;14(Suppl 9):8.

Hoffman B, Schorge J, Halvorson L, Hamid C, Corton M, Schaffer J. Williams Ginecología. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: McGraw-Hill; 2022.

WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. 2021.

Castro-Jiménez MÁ, Vera-Cala LM, Posso-Valencia HJ. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2006;57(3):182–9.

Muñoz N, Méndez F, Posso H, Molano M, van den Brule AJC, Ronderos M, et al. Incidence, duration, and determinants of cervical human papillomavirus infection in a cohort of Colombian women with normal cytological results. *J Infect Dis* [Internet]. 2004 [cited 2023 Feb 17];190(12):2077–87. Available from:

<https://academic.oup.com/jid/article/190/12/2077/862820>

Murphy J, Kennedy EB, Dunn S, McLachlin CM, Kee Fung MF, Gzik D, et al. HPV testing in primary cervical screening: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2012;34(5):443–52. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1701216316352410>

Ronco G, Giorgi-Rossi P, Carozzi F, Confortini M, Dalla Palma P, Del Mistro A, et al. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol*. 2010 [cited 2023 Feb 17];11(3):249–57.

Dickinson J, Tsakonas E, Conner Gorber S, Lewin G, Shaw E, Singh H, et al. Recommendations on screening for cervical cancer. *CMAJ*. 2013;185(1):35–45.

Castellsagué X, Bosch FX. Avances en la prevención del cáncer de cuello de útero: vacunas VPH. *Farm Hosp*. 2007;31(5):261–3.

Drolet M, Bénard É, Pérez N, Brisson M, HPV Vaccination Impact Study Group. Population-level impact and herd effects following the introduction of human papillomavirus vaccination programmes: updated systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10197):497–509.